

особенности язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у мужчин и женщин. Саратов. науч.-мед. журн. 2010; 6 (3): 575—579.

10. **Осадчук А. М., Милова-Филиппова Л. А. Кветной И. М.** Эрадикационная терапия и процессы пролиферации и апоптоза в желудке больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Клини. мед. 2009; 5: 43—47.
11. **Akimoto M., Hashimoto H., Maeda A.** et al. Roles of angiogenic factors and endothelin-1 in gastric ulcer healing. Clin. Sci. (Lond.). 2002; 103 (Suppl. 48): 450S—454S.
12. **Bandyopadhyay D., Ghosh G., Bandyopadhyay A.** et al. Melatonin protects against piroxicam-induced gastric ulceration. J. Pineal. Res. 2004; 36 (3): 195—203.
13. **Moss S. F., Calam J., Agarwal B.** et al. Induction of gastric epithelial apoptosis by *Helicobacter pylori*. Gut 1996; 38: 498—501.
14. **El-Zimaity H. M., Graham D. Y., Genta R. M.** et al. Sustained increase in gastric antral epithelial cell proliferation despite cure of *Helicobacter pylori* infection. Am. J. Gastroenterol. 2000; 95 (4): 930—935.
15. **Hoshi T., Sasano H., Kato K.** et al. Cell damage and proliferation before and after *H. pylori* eradication in non-atrophic gastritis. Hum. Pathol. 1999; 30 (12): 1412—1417.
16. **Малиновская Н. К., Комаров Ф. И., Рапопорт С. И.** и др. Мелатонин в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Клини. мед. 2006; 84 (1): 5—11.
17. **Малиновская Н. К., Рапопорт С. И., Жернакова Н. И.** и др. Антихеликобактерные эффекты мелатонина. Клини. мед. 2007; 3: 40—43.
18. **Konturek S. J., Brzozowski I.** Role of COX-2 and PGE-2 system in gastric ulcer healing effects of proton pump inhibitors, histamine-H2 antagonists and melatonin. J. Physiol. Pharmacol. 2006; 57 (suppl. 2): 67.
19. **Белоусов Ю. Б., Леонова М. В.** Введение в клиническую фармакологию. Медицинское информационное агентство. М.; 2002. 128.
20. **Маев И. В., Зайратьянц О. В., Кучерявый Ю. А.** Кишечная метаплазия слизистой оболочки желудка в практике гастроэнтеролога: современный взгляд на проблему. Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2006; 4: 38—37.

Поступила 14.02.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.342.006.5-036.1-07

## ПОЛИПЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ДИАГНОСТИКА

*М. Р. Конорев, М. Е. Матвеев, Е. Л. Катина*

УО Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Беларусь

*Проведено поперечное сравнительное исследование с участием 120 пациентов: 68 мужчин и 52 женщины (средний возраст  $58,3 \pm 14,5$  года) с полипами двенадцатиперстной кишки (ДПК), обнаруженными при фиброэзофагогастроудоденоскопии. Морфологическое исследование полипов ДПК проведено у 118 пациентов. Участки желудочной метаплазии (ЖМ) в слизистой оболочке (СО) полипа выявлялись ШИК-реакцией с альциановым синим pH 1,0 и 2,5. Всего обследовано 82 859 пациентов. Частота встречаемости полипов при эндоскопическом исследовании ДПК оказалась равной 0,15%. Значение pH менее 6,5 в луковице ДПК определено у 85% обследованных с полипами луковицы ДПК и у 20,0% пациентов с полипами ДПК другой локализации. Билиарная патология выявлена у 80,0% обследованных с полипами в области большого сосочка ДПК и у 2,0% пациентов с полипами ДПК другой локализации. Отсутствие жалоб на болезненные ощущения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта отмечено у 66,7% пациентов. Эрозии в СО полипа диагностированы у 21,2% обследованных (92,0% эрозий обнаружено в СО полипов луковицы ДПК, 56,5% эрозий — в СО гиперпластических полипов с участками ЖМ). *Helicobacter pylori* обнаружен в участках ЖМ СО полипов луковицы ДПК у 30,4% пациентов. Локализация полипов ДПК при эндоскопическом исследовании ( $n = 120$ ): луковица ДПК — 83,4%, постбульбарный отдел — 8,3%, зона большого сосочка ДПК — 8,3%. Морфологическая структура полипов ДПК ( $n = 118$ ): гиперпластические полипы — 49,2%, эпителиальные опухоли — 16,1%, неэпителиальные опухоли — 1,7%, фрагменты СО с наличием воспаления — 33%.*

*Ключевые слова:* двенадцатиперстная кишка, полипы, опухоли, эрозии, желудочная метаплазия, *Helicobacter pylori*.

### DUODENAL POLYPS: EPIDEMIOLOGY, CLINICAL PICTURE, DIAGNOSTICS

*M.R. Konorev, M.E. Matvienko, E.L. Katina*

Vitebsk State Medical University

*This cross-sectional comparative study included 120 patients (68 men and 52 women, mean age  $58.3 \pm 14.5$  yr) with duodenal polyps (DP) diagnosed by fibroesophagogastroduodenoscopy. Morphological study was conducted in 118 patients. Gastric metaplasia (GM) areas in polyp mucosa (PM) were identified by alcian blue/PAS reaction at pH 1.0 and 2.5. A total of 82859 patients were examined. Endoscopy revealed DP in 0.15% of them. The pH value below 6.5 was documented in duodenal bulb polyps in 85% of the patients having them and in 20% of those with polyps of other localization. Biliary pathology was documented in 80% of the patient with DP in major duodenal papilla and in 2.0% of those with DP of different localization. 66.7% of the patients did not complain of pain in the upper part of the gastrointestinal tract. Erosion of polyp mucosa occurred in 21.2% of the patients (92% of erosions in duodenal bulbs and 56.5% in hyperplastic DP with GM areas). *H. pylori* was identified in GM areas of bulb DP in 30.4% of the patients. Endoscopic study of 120 patients revealed the following localization of DP: bulbs - 83.4%, postbulbar region - 8.3%, major duodenal papilla - 8.3%. The following morphological types of DP ( $n=118$ ) were identified: hyperplastic DP — 49.2%, epithelial tumours — 16.1%, non-epithelial tumours — 1.7%, inflamed mucosal areas — 33.0%.*

*Key words:* duodenum, polyps, tumours, erosion, gastric metaplasia, *Helicobacter pylori*

Полип представляет собой патологическое образование, которое выдается или проецируется наружу или вверх от поверхности при росте из широкого основания (сидячий полип) или из тонкого стебля (полип на

ножке) [1]. Термином «полип двенадцатиперстной кишки» обозначают макроскопическое образование, выступающее в просвет кишки относительно нормальной слизистой оболочки (СО) двенадцатиперстной кишки

(ДПК). Структуру таких образований можно установить только по результатам морфологического исследования. В ряде случаев в СО полипа появляются эрозии, которые могут осложниться кровотечением. К настоящему времени полипы ДПК изучены недостаточно. Согласно Международной гистогенетической классификации опухолей тонкой кишки [2], выделяют эпителиальные и неэпителиальные опухоли, вторичные опухоли, злокачественные лимфомы и полипы тонкой кишки.

Имеются единичные монографии, в которых есть главы, посвященные полипам ДПК [3]. В монографиях и руководствах последних лет основное внимание уделяется полиповидным опухолям ДПК [4, 5]. Информация о собственно полипах ДПК практически отсутствует. По данным мировой литературы, полипы ДПК обнаруживают довольно редко: при вскрытиях их выявляют в 0,002% случаев [3], при эндоскопическом исследовании — в диапазоне от 0,33—0,52% [3] до 5% случаев [6, 7] в Европе и до 1,02% случаев в Азии [8]. При морфологическом исследовании полипов ДПК чаще всего встречается желудочная метаплазия (ЖМ), неоплазия и неизменная СО с признаками воспаления [7]. При эндоскопическом исследовании полипы ДПК преимущественно локализируются в постбульбарном отделе [9]. Полипы диаметром более 2 см в большинстве случаев являются аденомой и отличаются более высоким уровнем рецидивирования. S. Jung и соавт. [8] считают, что полипы диаметром более 10 мм или полипы, расположенные в постбульбарном отделе ДПК, должны подвергаться гистологической оценке.

Роль ЖМ в развитии полипов ДПК до конца не установлена. При морфологическом исследовании полипов ДПК и наличии в них аденоматозного роста ЖМ в СО полипов обнаружена у 40,5% пациентов [10]. На основании этих данных было высказано предположение о том, что наличие ЖМ в СО полипа предшествует аденоматозным изменениям.

Таким образом, определение частоты встречаемости и локализации полипов ДПК, клинко-морфологическое их исследование и выявление этиологических факторов представляет собой актуальную проблему.

**Цель исследования** заключалась в определении частоты встречаемости и локализации полипов ДПК, установлении структуры полипов ДПК по данным морфологического исследования, выявлении этиологических факторов, связанных с полипами ДПК, и изучении клинической картины при наличии полипов в ДПК.

## Материал и методы

Поперечное сравнительное исследование выполнено в соответствии с Хельсинкской декларацией по принципам доказательной медицины [11, 12]. Морфологическое изучение полипов ДПК проведено у 118 пациентов, проходивших эндоскопическое исследование желудка и ДПК. У 30 пациентов проведена эндоскопическая рН-метрия желудка и луковицы ДПК. Отбор проводили методом сплошной случайной выборки [13] из 82 859 пациентов, подвергшихся эндоскопическому исследованию желудка и ДПК в период с 1997 по 2010 г. Клиническая картина была изучена у 39 пациентов с полипами ДПК, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении. Отбор пациентов проводили рандомизированным методом (метод лототрона).

У всех пациентов ( $n = 118$ ) выполнена фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) и произведена прицельная биопсия из полипа ДПК с последующим гистологическим исследованием биоптата. Эндоскопическую оценку СО гастродуоденальной зоны проводили визуально в соответствии с эндоскопическим разделом Хьюстонской модификации Сиднейской классификации хронического гастрита [14]. Оценка морфологических из-

менений СО проведена по визуально-аналоговой шкале с использованием морфологических критериев и градаций Хьюстонской модификации Сиднейской классификации хронического гастрита [15]. При гистологическом исследовании СО ДПК дополнительно учитывали следующие показатели: уплощение энтероцитов и их десквамацию, укорочение ворсинок (гиперплазия и атрофию), углубление и уменьшение количества крипт, метаплазию СО по желудочному типу [16]. Оценку площади распространения ЖМ проводили по 5-балльной шкале: 1 балл — нет ЖМ, 2 балла — ЖМ занимает до 5% площади видимой СО ДПК, 3 балла — 5—25%, 4 балла — 25—50% и 5 баллов — более 50% площади видимой СО ДПК [17]. Морфологическую диагностику изменений СО полипа ДПК проводили согласно гистологической классификации опухолей тонкой кишки (эпителиальные и неэпителиальные опухоли ДПК, полипы ДПК [18]).

Гистологические срезы толщиной 5—6 мкм окрашивали по Романовскому—Гимзе, гематоксилином и эозином по общепринятым методикам. Участки МЖ ДПК выявляли ШИК-реакцией с альциановым синим рН 1,0 и 2,5 (для выявления сульфатированных и несulfатированных гликозаминогликанов). В каждом срезе изучали все поля зрения при большом увеличении. Диагностику *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) осуществляли морфологическим методом (окраска по Романовскому—Гимзе с использованием стандартной визуально-аналоговой шкалы) в соответствии с определителем бактерий Берджи под иммерсионным увеличением ( $10 \times 100$ ) [19]. Степень обсемененности *H. pylori*, согласно гистологическому разделу Сиднейской классификации [15], определяли по 4-балльной шкале: отсутствие бактерий — 1 балл, только немногочисленные бактерии фокально — 2 балла, умеренное количество бактерий в нескольких областях — 3 балла, избыток бактерий в большинстве областей — 4 балла.

Для обработки данных на персональном компьютере использовали пакет программ статистического анализа Statistica 6.0 [20—23]; при этом были использованы модули Basic Statistic/Tables, Nonparametrics. Анализ соответствия вида распределения количественных данных закону нормального распределения выполняли с помощью критерия Шапиро—Уилка (W-критерий). Для описания вариационных рядов в случае нормального распределения признака применяли выборочную среднюю ( $\bar{X}$ ), 95% доверительный интервал (ДИ), стандартное отклонение ( $\sigma$ ), ошибку средней ( $s_x$ ), минимальное и максимальное значение признака. Для сравнительного анализа симметричных вариационных рядов использовали t-критерий Стьюдента. При отклонении значений признака от нормального распределения для описательной статистики применялось определение минимального и максимального значений, медианы, 25-го и 75-го квартилей, для сравнительного анализа — критерий Краскелла—Уоллиса ( $Z$ ), для корреляционного анализа — критерий Кендалла ( $\tau$ ). Непараметрический критерий корреляции Кендалла применяли, как это принято, к данным целого типа, представляющим собой балльную оценку признаков. Качественные характеристики сравнивали с использованием критерия  $\chi^2$ . Для относительных частот определяли 95% ДИ. Вероятность справедливости нулевой гипотезы признавали при значениях  $p > 0,05$ . Для оценки размера выборки и различий в группах были использованы модули Basic Statistic/Tables, Difference tests [24].

## Результаты и обсуждение

Из 82 859 пациентов, подвергшихся эндоскопическому исследованию, полипы в ДПК обнаружены у 120 (0,15%; 95% ДИ 0,12—0,18%) обследованных в возрасте от 18 до 84 лет (средний возраст  $58,3 \pm 14,5$  года; соотношение мужчин и женщин 68/52). Из них при ФЭГДС

**Морфологическая структура полипов обнаруженных в разных отделах ДПК**

| Структура полипа                                                | Луковица ДПК | Постбульбарный отдел ДПК | Зона большого сосочка ДПК | Всего      |
|-----------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|---------------------------|------------|
| <b>Полип ДПК:</b>                                               | <b>49</b>    | <b>4</b>                 | <b>5</b>                  | <b>58</b>  |
| гиперпластический (ЖМ-)                                         | 31           | 2                        | 2                         | 35         |
| гиперпластический (ЖМ+)                                         | 18           | 2                        | 3                         | 23         |
| Эрозии в слизистой оболочке полипа (из 58 полипов)              | 17           | -                        | 1                         | 18         |
| <b>Эпителиальные опухоли ДПК:</b>                               | <b>15</b>    | <b>3</b>                 | <b>1</b>                  | <b>19</b>  |
| тубулярная аденома с дисплазией                                 | 14           | 3                        | 1                         | 18         |
| карциноид                                                       | 1            | -                        | -                         | 1          |
| Эрозии в слизистой оболочке опухоли (из 19 опухолей)            | -            | -                        | -                         | -          |
| <b>Неэпителиальные опухоли ДПК:</b>                             | <b>2</b>     | <b>-</b>                 | <b>-</b>                  | <b>2</b>   |
| липома подслизистого слоя                                       | 2            | -                        | -                         | 2          |
| Эрозии в слизистой оболочке опухоли (из 2 опухолей)             | 1            | -                        | -                         | 1          |
| <b>Фрагменты СО ДПК</b>                                         | <b>32</b>    | <b>3</b>                 | <b>4</b>                  | <b>39</b>  |
| воспаление                                                      | 32           | 3                        | 4                         | 39         |
| активность                                                      | 9            | -                        | 2                         | 11         |
| атрофия                                                         | 5            | -                        | -                         | 5          |
| Эрозии в слизистой оболочке ДПК (из фрагментов СО 39 пациентов) | 5            | 1                        | -                         | 6          |
| <b>Итого</b>                                                    | <b>98</b>    | <b>10</b>                | <b>10</b>                 | <b>118</b> |

полипы луковицы ДПК обнаружены у 100 (83,4%; 95% ДИ 76,5—90,1) пациентов, постбульбарного отдела ДПК — у 10 (8,3%; 95% ДИ 3,3—13,3) и зоны большого сосочка ДПК — у 10 (8,3%; 95% ДИ 3,3—13,3). Сидячие полипы выявлены у 15 (12,5%; 95% ДИ 6,6—18,4) пациентов, полипы на ножке — у 105 (87,5%; 95% ДИ 81,6—93,4). Средние размеры полипов ДПК оказались равными  $7,8 \pm 2,8$  на  $8,4 \pm 3,8$  мм. За 14 лет отмечен рост количества впервые выявленных полипов ДПК при проведении ФЭГДС: в 1997 г. — 1, в 1998 г. — 4, в 1999 г. — 5, в 2000 г. — 4, в 2001 г. — 5, в 2002 г. — 6, в 2003 г. — 13, в 2004 г. — 13, в 2005 г. — 9, в 2006 г. — 18, в 2007 г. — 11, в 2008 г. — 12, в 2009 г. — 15, в 2010 г. (январь—февраль) — 4.

При морфологическом исследовании биопсийного материала из полипа, обнаруженного при эндоскопическом исследовании ( $n = 118$ ), собственно полипы ДПК диагностированы у 58 (49,2%; 95% ДИ 40,1—58,3) пациентов: гиперпластические — у 35 (29,7%; 95% ДИ 21,4—38,0; рис. 1 и 2, см. вклейку), гиперпластические с участками ЖМ — у 23 (19,5%; 95% ДИ 12,3—26,7; рис. 3, см. вклейку); эпителиальные опухоли — у 19 (16,1%; 95% ДИ 9,4—22,8) пациентов; тубулярная аденома с дисплазией эпителия — у 18 (15,2%; 95% ДИ 8,7—21,7), карциноид — у 1 (0,9%; 95% ДИ 0,01—2,6; рис. 4, см. вклейку); неэпителиальные опухоли (липома подслизистого слоя) — у 2 (1,7%; 95% ДИ 0,01—4,1); фрагмент СО с наличием воспаления — у 39 (33,0%; 95% ДИ 24,4—41,6). Таким образом, по данным морфологического исследования, частота встречаемости собственно полипов в ДПК составила 0,07% (95% ДИ 0,05—0,09), эпителиальных опухолей — 0,023% (95% ДИ 0,018—0,028), неэпителиальных опухолей — 0,002% (95% ДИ 0,0001—0,005), фрагментов СО ДПК с наличием воспаления — 0,047% (95% ДИ 0,032—0,062; см. таблицу).

Жалобы на ощущение тяжести в эпигастральной области предъявляли 10 (25,6%; 95% ДИ 11,6—39,6) из 39 пациентов, на тупую, ноющую боль в эпигастральной области — 3 (7,7%; 95% ДИ 0,01—16,2). Отсутствие жалоб отмечено у 26 (66,7%; 95% ДИ 51,6—81,8) пациентов с полипами ДПК.

Эрозии в СО полипа, по данным эндоскопического и морфологического исследования, обнаружены у 25 (21,2%; 95% ДИ 13,8—28,6; рис. 5, см. вклейку) из 118 пациентов, кровотечение из эрозированного полипа — у 1 (0,9%; 95% ДИ 0,01—2,6). У 23 (92,0%; 95% ДИ 80,8—100) из 25 пациентов эрозированные полипы диагностированы в луковице ДПК.

Из 35 пациентов с гиперпластическими полипами ДПК эрозии СО полипа диагностированы у 5 (14,3%; 95% ДИ 2,5—26,1). Из 23 пациентов с гиперпластическими полипами ДПК и участками ЖМ в СО полипа *H. pylori* обнаружен в участках ЖМ у 7 (30,4%; 95% ДИ 11,4—49,4), эрозии в СО полипа диагностированы у 13 (56,5%; 95% ДИ 35,8—77,2). Из 21 обследованных с эпителиальными (тубулярная аденома, карциноид) и неэпителиальными (липома) опухолями ДПК эрозии в СО опухоли обнаружены у 1 (4,8%; 95% ДИ 0,01—14,1) пациента (липома подслизистого слоя). Из 39 пациентов с фрагментами СО ДПК воспаление диагностировано у 39 (100%), активность — у 11 (28,2%; 95% ДИ 13,8—42,6), атрофия СО — у 5 (12,8%; 95% ДИ 2,1—23,5), эрозии в СО — у 6 (15,4%; 95% ДИ 3,8—27,0).

Из 30 пациентов с полипами ДПК, у которых проводили определение pH в антральном отделе желудка и луковице ДПК, у 20 диагностированы полипы луковицы ДПК, а у 10 — полипы внелуковичной локализации. Из 20 обследованных с полипами луковицы ДПК значение pH менее 1,9 в антральном отделе желудка и менее 6,5 в луковице ДПК определены соответственно у 13 (65%; 95% ДИ 42,6—87,4) и 17 (85%; 95% ДИ 68,2—100,0) пациентов. Из 10 обследованных с полипами ДПК внелуковичной локализации значение pH менее 1,9 в антральном отделе желудка и менее 6,5 в луковице ДПК выявлено соответственно у 1 (10%; 95% ДИ 0,01—29,9) и 2 (20%; 95% ДИ 0,01—46,6) пациентов. Из 10 пациентов, у которых были обнаружены полипы в области большого сосочка ДПК, у 8 (80%; 95% ДИ 55,2—100) имелись заболевания билиарной системы (у 6 — желчно-каменная болезнь, у 2 — хронический некалькулезный холецистит). При этом из 98 обследованных с полипами в зоне луковицы ДПК заболевания билиарной системы обнаружены у 2 (2%; 95% ДИ 0,7—4,7) пациентов (у 1

желчно-каменная болезнь, у 1 хронический некалькулезный холецистит), а в постбульбарном отделе заболевания билиарной системы не обнаружены ни у одного из 10 обследованных. Установлены достоверные различия по частоте встречаемости билиарной патологии у пациентов с полипами в области большого сосочка ДПК (у 8 из 10 пациентов) и полипами другой локализации (у 2 из 108 пациентов;  $\chi^2 = 72,06, p < 0,001$ ).

Для выявления этиологических факторов, ассоциированных с полипами ДПК, использовали следующие параметры ( $n = 10$ ): возраст, пол, атрофию, активность, воспаление, гиперплазию, ЖМ, наличие *H. pylori* в участках ЖМ в СО гиперпластического полипа, рН в антральном отделе желудка, рН в луковице ДПК.

В результате сравнения 10 параметров в общей группе пациентов ( $n = 118$ ) установлено, что смещение значения рН желудочного содержимого натошак в кислую сторону коррелирует с изменением структуры СО полипа (неизменная СО → гиперплазия эпителия и/или бrunnerовых желез → ЖМ;  $\tau = -0,516, z = -4,004, p < 0,001$ ) и увеличением площади ЖМ в СО полипа луковицы ДПК ( $\tau = -0,421, z = -3,269, p < 0,001$ ). Установлено, что смещение значения рН в луковице ДПК в кислую сторону коррелирует с изменением структуры СО полипа ( $\tau = -0,511, z = 3,968, p = 0,001$ ), увеличением площади ЖМ в СО полипа ( $\tau = -0,421, z = -3,265, p = 0,001$ ), степенью инфицирования *H. pylori* метаплазированной СО полипа луковицы ДПК ( $\tau = -0,271, z = -2,106, p = 0,035$ ).

#### Сведения об авторах:

*УО Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей и клинической фармакологии с курсом факультета повышения квалификации и переподготовки кадров*

Коноров Марат Русланович — д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой; e-mail: mKonorev@yandex.ru; mar\_kon@tut.by

Катина Елена Леонидовна — аспирант кафедры.

*Кафедра патологической анатомии*

Матвеевко Майя Ефимовна — канд. мед. наук, доцент кафедры.

#### ЛИТЕРАТУРА

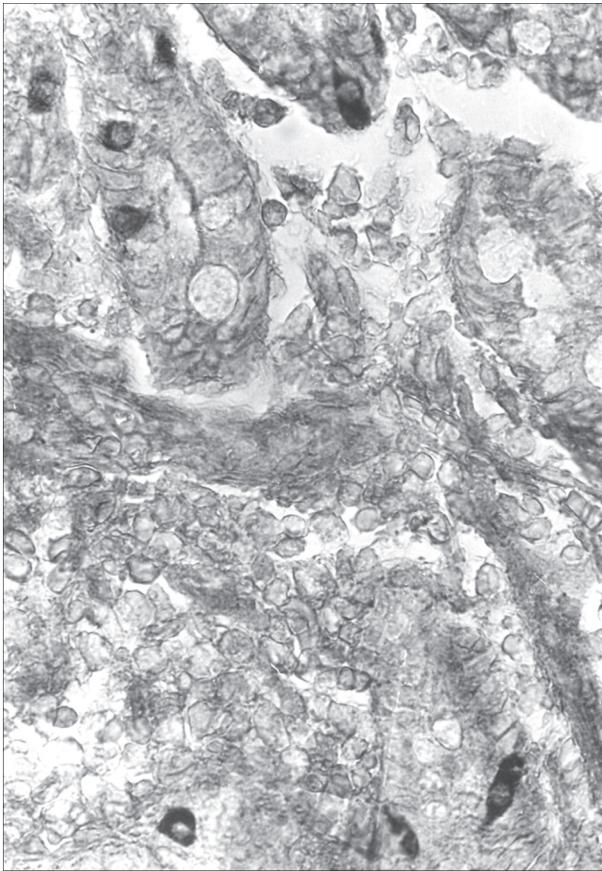
1. Англо-русский медицинский энциклопедический словарь / Гл. ред. Чучалин А. Г., науч. ред. Улумбеков Э. Г., Поздеев О. К. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2000.
2. Классификация опухолей. Патология и генетика опухолей пищеварительной системы. Леон: Всемирная организация здравоохранения; 2000.
3. Юхтин В. И. Полипы желудочно-кишечного тракта. М.: Медицина; 1978.
4. Ивашкин В. Т., Лапина Т. Л., Баранская Е. К. и др. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: Руководство для практикующих врачей. М.: Литтерра; 2003.
5. Маев И. В., Самсонов А. А. Болезни двенадцатиперстной кишки. М.: МЕДпресс-информ; 2005.
6. Culver E. L., McIntyre A. S. Sporadic duodenal polyps: classification, investigation, and management. *Endoscopy* 2011; 43 (2): 144—155.
7. Mortensen M. B., Fenger C. Polyps in the stomach and duodenum. *Ugeskr. Laeg.* 2008; 170 (1): 25—30.
8. Jung S. H., Chung W. C., Kim E. J. et al. Evaluation of non-ampullary duodenal polyps: Comparison of non-neoplastic and neoplastic lesions. *Wld J. Gastroenterol.* 2010; 16 (43): 5474—5480.
9. Abbass R., Rigaux J., Al-Kawas F. H. Nonampullary duodenal polyps: characteristics and endoscopic management. *Gastrointest. Endosc.* 2010; 71 (4): 754—759.
10. Rubio C. A. Gastric duodenal metaplasia in duodenal adenomas. *J. Clin. Pathol.* 2007; 60 (6): 661—663.
11. Ланг Т. Двадцать ошибок статистического анализа, которые вы сами можете обнаружить в биомедицинских статьях. *Новости анестезиол. и реаниматол.* 2005; 3: 44—54.
12. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиоло-

Таким образом, частота встречаемости полипов ДПК у пациентов, подвергшихся эндоскопическому исследованию, оказалась равной 0,15%. С 1997 по 2010 г. отмечено увеличение количества впервые выявленных полипов ДПК при проведении ФЭГДС. Полипы луковицы ДПК в 85% случаев связаны с рН менее 6,5 в луковице ДПК (кислотоассоциированные), полипы в области большого сосочка ДПК в 80% случаев обнаруживались у пациентов с желчно-каменной болезнью и хроническим некалькулезным холециститом (билиарно-ассоциированные). При наличии полипов ДПК в 67% случаев клинические проявления нарушения деятельности органов ЖКТ отсутствовали (бессимптомное течение). Осложненное течение полипов ДПК (эрозированные полипы) отмечалось в 21% случаев, чаще всего такое течение имели полипы луковичной локализации (92% эрозированных полипов). В 57% случаев эрозии в ОС полипа диагностированы у пациентов с гиперпластическими полипами ДПК, имеющими в СО участки ЖМ (78% гиперпластических полипов с наличием ЖМ расположены в луковице ДПК). *H. pylori* обнаружен в участках ЖМ СО гиперпластического полипа луковицы ДПК у 30% пациентов. По данным ФЭГДС, в 83% случаев полипы ДПК локализовались в луковице ДПК, в 17% имели внелуковичную локализацию. При морфологическом исследовании биопсийного материала из полипов ДПК собственно полипы ДПК обнаружены у 49% пациентов, эпителиальные и неэпителиальные опухоли — у 18%, фрагменты СО с наличием воспаления — у 33% пациентов.

гия. Основы доказательной медицины: Пер. с англ. М.: Медиа Сфера; 1998.

13. Платонов А. Е. Статистический анализ в медицине и биологии: задачи, терминология, логика, компьютерные методы. М.: Изд-во РАМН; 2000.
14. Tytgat G. N. T. The Sydney system, endoscopic division: endoscopic appearance in gastritis/duodenitis. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 1991; 6 (3): 223—234.
15. Price A. B. The Sydney system: histological division. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 1991; 6 (3): 209—222.
16. Коноров М. Р., Литвяков А. М., Крылов Ю. В., Матвеевко М. Е. Хронический дуоденит. Минск: ООО «Доктор Дизайн»; 2003.
17. Chang C., Pan S., Lien G. S. et al. Investigation of the extent of gastric metaplasia in the duodenal bulb by using methylene blue staining. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 2001; 16 (7): 729—739.
18. WHO. Classification of tumours. A pathology and genetics of tumours of digestive system (small intestine). Lyons; 2000. 69—94.
19. Garrity G. M., ed. *Bergey's manual of systematic bacteriology*. 2-nd ed.. New York: Springer Verlag; 2005—2006.
20. Банержи А. Медицинская статистика понятным языком: вводный курс: Пер. с англ. под ред. В. П. Леонова. М.: Практическая медицина; 2007.
21. Гланц С. Медико-биологическая статистика. М.: Практика; 1999.
22. Петри А., Сэбин К. Наглядная медицинская статистика: Пер. с англ. под ред. В. П. Леонова. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009.
23. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: МедиаСфера; 2006.
24. Betty R. *Essential medical statistics*. 2nd ed. Blackwell Science Ltd.; 2003.

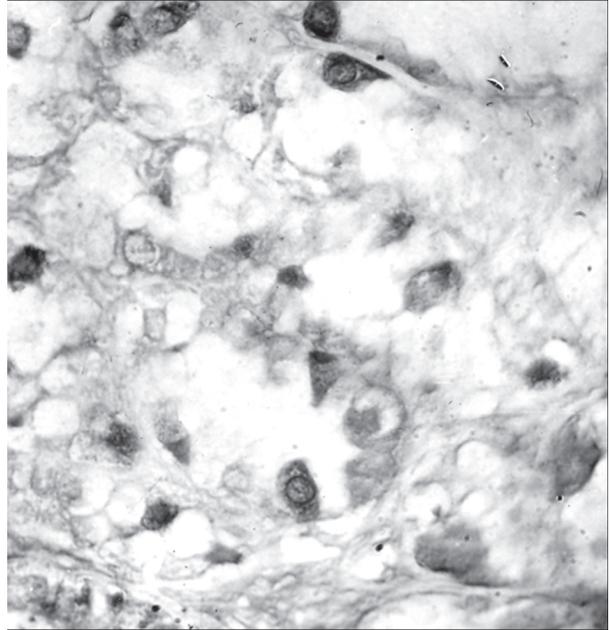
Поступила 30.01.12



К ст. Осадчука М.А. и соавт.

▲ Рис. 1. Гипоплазия МТ-иммунопозитивных клеток в СОЖ при ХГ. Иммуногистохимический метод. × 180.

Рис. 2. Гиперплазия МТ-иммунопозитивных клеток в СОЖ при ХГ. Гиперплазия М-ЕС-клеток. Иммуногистохимический метод. × 240.



К ст. Конорева М.Р. и соавт.

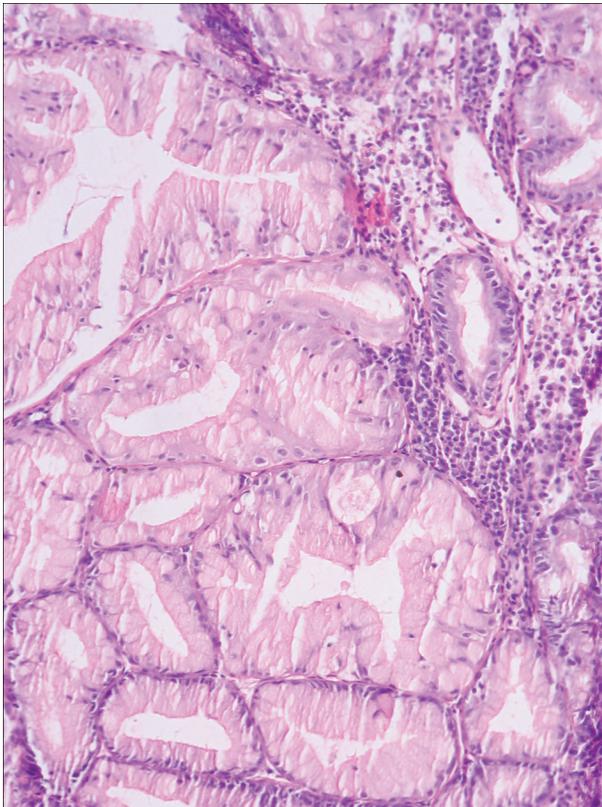


Рис. 1. Фрагмент гиперпластического полипа. Гиперплазия бруснеровых желез, атрофия слизистой оболочки. Выраженная лимфоцитарная инфильтрация в строме. Окраска гематоксилином и эозином. × 200.

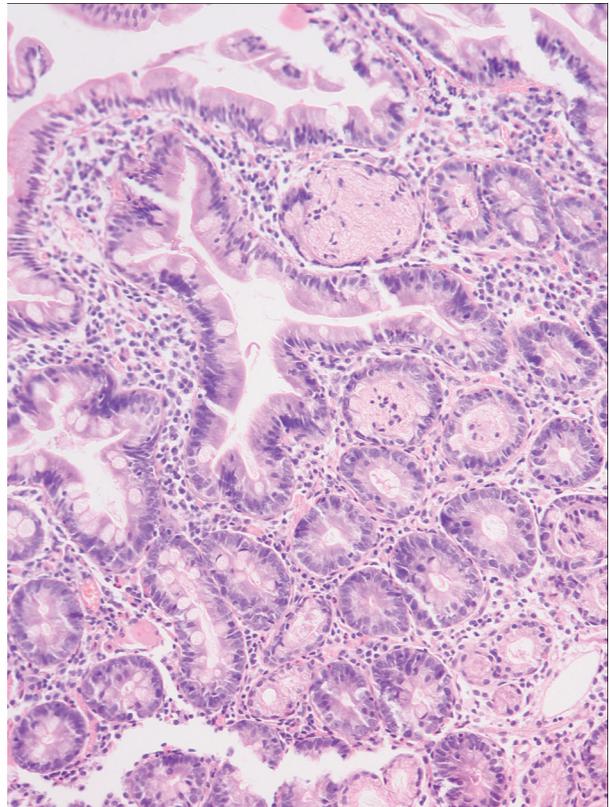
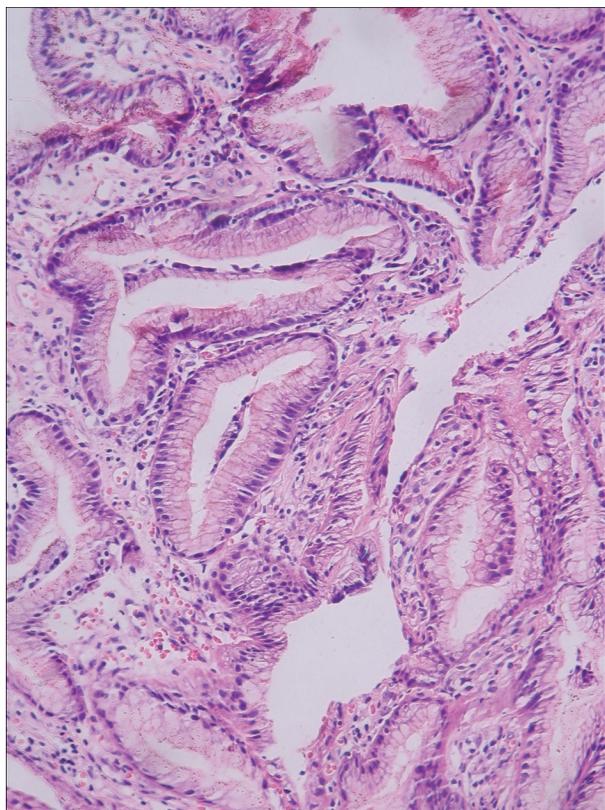
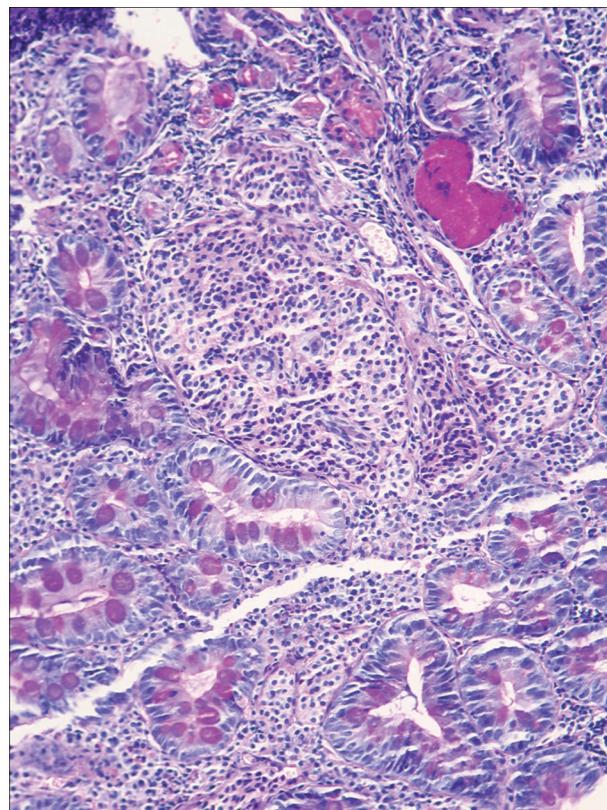


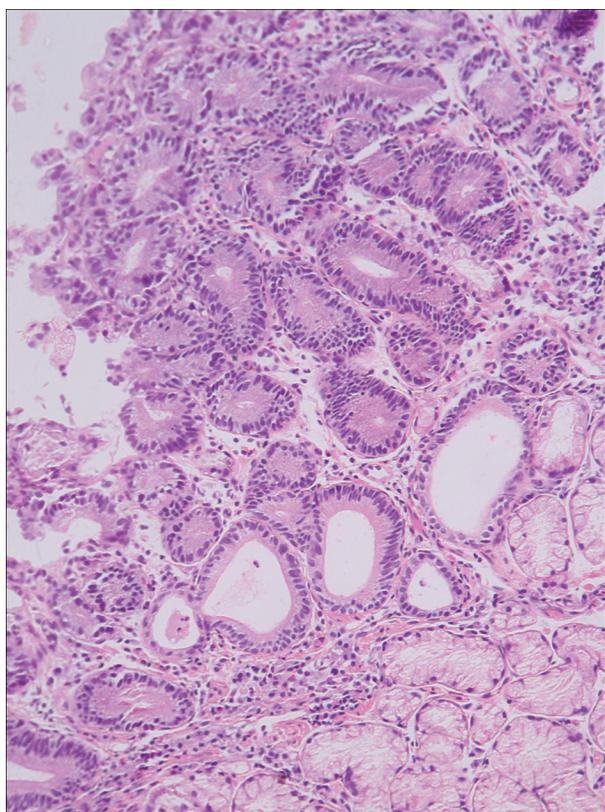
Рис. 2. Гиперпластический полип. Удлиненные и разветвленные ворсинки с ослизнением у основания, единичные кисты. Окраска гематоксилином и эозином. × 200.



**Рис. 3. Гиперпластический полип двенадцатиперстной кишки из метаплазированного эпителия желудочного типа. Окраска гематоксилином и эозином. × 200.**



**Рис. 4. Карциноид. ШИК-реакция с докраской альциановым синим (pH 2,5). × 200.**



**Рис. 5. Гиперпластический полип с эрозией. Очаговое ослизнение крипт и мелкоочаговый склероз в подслизистой основе. Поверхностная эрозия слизистой оболочки, дисплазия поверхностного эпителия (от слабой до умеренной степени) и эпителия крипт (слабая степень). Окраска гематоксилином и эозином. 200.**